GOLD KIDNEY HEALTH PLAN

VEAMOS SI PUEDE INSCRIBIRSE EN UN PLAN AHORA MISMO

Por lo general, puede inscribirse en un plan Medicare Advantage solo durante el período de inscripción anual del 15 de octubre al 7 de diciembre de cada año. Existen excepciones que pueden permitirle inscribirse en un plan Medicare Advantage fuera de este período.

Por favor, lea detenidamente las siguientes afirmaciones y marque el casillero si la afirmación se aplica a usted. Al marcar cualquiera de las casillas a continuación, usted certifica que, a su leal saber y entender, reúne los requisitos para un período de inscripción. Si en el futuro determinamos que esta información es incorrecta, es posible que se le desafilie.

- ☐ Tengo una condición crónica que me califica para el plan de necesidades especiales para condiciones crónicas.
- ☐ Me estoy inscribiendo durante el período de inscripción anual que se extiende del 15 de octubre al 7 de diciembre.
- ☐ Soy nuevo en Medicare (cumpliré 65 años en los próximos 3 meses o alcanzaré el mes número 24 de discapacidad).
- ☐ Estoy inscrito en un plan Medicare Advantage y deseo realizar un cambio durante el período de inscripción abierta de Medicare Advantage (MA OEP, por sus siglas en inglés).
- ☐ Recientemente, me mudé fuera del área de servicio de mi plan actual, o me mudé recientemente y este plan es una opción nueva para mí. Me mudé el ___ / ___ / _____.
- ☐ Recientemente, fui liberado de la cárcel. Me liberaron el ___ / ___ / _____.
- ☐ Recientemente, regresé a los Estados Unidos después de vivir permanentemente fuera del país. Regresé a los Estados Unidos el ___ / ___ / _____.
- ☐ Recientemente, obtuve la residencia legal en los Estados Unidos. Adquirí esta condición el ___ / ___ / _____.
- ☐ Recientemente tuve un cambio en mi Medicaid (obtuve Medicaid por primera vez, tuve un cambio en el nivel de asistencia de Medicaid, o perdí Medicaid) el ___ / ___ / _____.
- ☐ Recientemente, tuve un cambio en mi Ayuda Adicional para pagar la cobertura de medicamentos con receta de Medicare (recientemente recibí Ayuda Adicional, tuve un cambio en el nivel de Ayuda Adicional o perdí la Ayuda Adicional) el ___ / ___ / _____.
- ☐ Tengo Medicare y recibo todos los beneficios de Medicaid. Quiero inscribirme o cambiarme a un plan que coordine la cobertura entre mis planes de atención administrada de Medicare y Medicaid (llamado Plan Integrado de Necesidades Especiales para Personas con Doble Elegibilidad [D-SNP]).
- ☐ Me mudaré a un centro de cuidado a largo plazo (por ejemplo, un hogar de ancianos o un centro de cuidado a largo plazo), vivo en dicho centro o recientemente me mudé de éste a otro lugar. Me mudé/me mudaré a/del centro el ___ / ___ / _____.
- ☐ Recientemente, dejé un Programa de Cuidado Integral para Ancianos (PACE, por sus siglas en inglés) el ___ / ___ / _____.
- ☐ Recientemente, perdí de forma involuntaria mi cobertura válida para medicamentos recetados (tan buena como la de Medicare). Perdí mi cobertura para medicamentos el ___ / ___ / _____.
- ☐ Dejaré la cobertura de un empleador o sindicato el ___ / ___ / _____.
- ☐ Estoy en un Programa de Asistencia Farmacéutica Estatal calificado o estoy perdiendo la ayuda de un Programa de Asistencia Farmacéutica Estatal.
- ☐ Mi plan está terminando su contrato con Medicare, o Medicare está terminando su contrato con mi plan.

- ☐ Medicare (o mi estado) me inscribió en un plan y deseo elegir un plan diferente. Mi inscripción en ese plan comenzó el día ___ / ___ / _____.
- ☐ Estaba inscrito en un Plan de necesidades especiales (SNP, por sus siglas en inglés), pero perdí la cualificación para necesidades especiales requerida para estar en ese plan. Cancelaron mi inscripción en el SNP el ___ / ___ / _____.
- ☐ Me he visto afectado por una emergencia relacionada con el clima o una catástrofe grave (según lo declarado por la Agencia Federal para el Manejo de Emergencias (FEMA, por sus siglas en inglés)). Uno de los otros enunciados se aplica a mi caso, pero no pude inscribirme debido al desastre natural.

Si ninguna de estas afirmaciones aplica a su caso o si no está seguro, comuníquese con Gold Kidney Health Plan al (844) 294-6535 (TTY 711) para saber si es elegible para inscribirse. Estamos disponibles del 1 de octubre al 31 de marzo de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local, los 7 días de la semana (excepto los días festivos), y del 1 de abril al 30 de septiembre de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local, de lunes a viernes (excepto los feriados).

GOLD KIDNEY HEALTH PLAN

OMB No. 0938-1378
Vencimiento: 02/28/2029

FORMULARIO DE SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN INDIVIDUAL EN UN PLAN MEDICARE ADVANTAGE (PARTE C)

¿Quién puede usar este formulario?
Personas con Medicare que deseen inscribirse en un plan Medicare Advantage

Para inscribirse en un plan, usted debe cumplir con los siguientes requisitos:

- Ser ciudadano de los Estados Unidos o ser residente legal en los Estados Unidos
- Vivir en el área de servicio del plan

Importante: Para inscribirse en un plan Medicare Advantage, también debe tener:

- La Parte A de Medicare (seguro hospitalario)
- La Parte B de Medicare (seguro médico)

¿Cuándo debo usar este formulario?
Puede inscribirse en un plan:

- Entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre de cada año (para obtener cobertura a partir del 1 de enero)
- Dentro de los primeros 3 meses de obtener Medicare
- En determinadas situaciones en las que se le permite inscribirse o cambiar de plan

Visite Medicare.gov para obtener más información sobre cuándo puede inscribirse en un plan.

¿Qué necesito para completar este formulario?

- Su número de Medicare (el número que aparece en su tarjeta roja, blanca y azul de Medicare)
- Su dirección permanente y número de teléfono

Nota: Debe completar toda la información de la Sección 1. La información de la Sección 2 es opcional; no se le puede denegar la cobertura si no la completa.

Recordatorios:

- Si usted desea inscribirse en un plan durante la inscripción abierta de otoño (del 15 de octubre al 7 de diciembre), debe presentar su formulario completado antes del 7 de diciembre.
- Su plan le enviará una factura por la prima del plan. Usted puede optar por inscribirse para que los pagos de su prima se deduzcan de su cuenta bancaria o de su beneficio mensual del Seguro Social (o la Junta de Jubilación de Empleados Ferroviarios).

¿Qué sucede luego?
Envíe el formulario completado y firmado a:

Gold Kidney Health Plan
Attn: Enrollment
P.O. Box 285 Portsmouth, NH 03802

O, envíelo por fax al **(866) 370-0078**.
Una vez que procesen su solicitud de inscripción, se comunicarán con usted.

¿Cómo puedo obtener ayuda con este formulario?
Llame a Gold Kidney Health Plan al 844-294-6535. Los usuarios de TTY pueden llamar al 711.
O bien, llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048.

En español: Llame a Gold Kidney Health Plan al 844-294-6535/TTY 711 o a Medicare gratis al 1-800-633-4227 y oprima el 8 para asistencia en español y un representante estará disponible para asistirle.

Personas sin hogar
Si desea unirse a un plan, pero no tiene una residencia permanente, se puede considerar como su dirección de residencia permanente una casilla postal (P.O. Box), la dirección de un refugio o clínica, o la dirección donde recibe correspondencia (por ejemplo, cheques del Seguro Social).

De acuerdo con la Ley de Reducción de Trámites e 1995, ninguna persona está obligada a responder a una recopilación de información a menos que muestre un número de control OMB válido. El número de control OMB válido para esta recopilación de información es 0938-1378. Se estima que el tiempo requerido para completar esta información es en promedio de 20 minutos por respuesta, incluido el tiempo necesario para revisar las instrucciones, buscar recursos de datos existentes, reunir los datos necesarios, y completar y revisar la recopilación de información. Si tiene algún comentario sobre la precisión de las estimaciones de tiempo o sugerencias para mejorar este formulario, escriba a: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.

IMPORTANTE

No envíe este formulario ni ningún otro elemento con su información personal (como reclamaciones, pagos, registros, médicos etc.) a la Oficina de Aprobación de Informes de la Ley de Reducción de Trámites (PRA, en inglés). Cualquier documento que recibamos y que no esté relacionado con como mejorar este formulario o la recopilación de información (según lo descrito en in OMB 0938-1378) será destruido. No se conservará, revisará ni enviará al plan. Consulte "¿Qué sucede luego?" en esta página para enviar su formulario completado al plan.

GOLD KIDNEY HEALTH PLAN

Sección 1 – Todos los campos de esta página son obligatorios (a menos que esté marcado como opcional)

Seleccione el plan en el que desea inscribirse:

ARIZONA: Condados: Gila, Maricopa, Pima, Pinal

- ☐ **Gold Heart & Diabetes (HMO-POS C-SNP)** H4869-001 $0 por mes
- ☐ **Gold Dialysis & Kidney (HMO-POS C-SNP)** H4869-003 $0 per month

ARIZONA: Condados: Cochise, Coconino, Graham, Navajo

- ☐ **Gold Heart & Diabetes (HMO-POS C-SNP)** H4869-011 $0 por mes
- ☐ **Gold Dialysis & Kidney (HMO-POS C-SNP)** H4869-013 $0 por mes

ARIZONA: Condados: Gila, Maricopa, Pima, Pinal, Navajo

- ☐ **Gold Dialysis & Kidney Complete (HMO-POS C-SNP)** H4869-014 $16.80 por mes

ARIZONA: Condados: Maricopa

- ☐ **Gold Dialysis Premier (HMO-POS C-SNP)** H4869-015 $0 por mes

FLORIDA: Condados: Baker, Broward, Clay, DeSoto, Duval, Hardee, Hendry, Hernando, Hillsborough, Indian River, Manatee, Martin, Okeechobee, Osceola, Palm Beach, Pasco, Pinellas, Sarasota, Seminole, St. Lucie, Sumter

- ☐ **Gold Heart & Diabetes Plus (HMO-POS C-SNP)** H1526-012 $0 por mes
- ☐ **Gold Heart & Diabetes (HMO-POS C-SNP)** H1526-001 $0 por mes
- ☐ **Gold Dialysis & Kidney (HMO-POS C-SNP)** H1526-003 $0 por mes
- ☐ **Gold Heart & Diabetes Complete (HMO-POS C-SNP)** H1526-002 $7.30 por mes
- ☐ **Gold Dialysis & Kidney Complete (HMO-POS C-SNP)** H1526-004 $7.30 por mes

FLORIDA: Condados: Miami-Dade

- ☐ **Gold Heart & Diabetes (HMO-POS C-SNP)** H1526-013 $0 por mes
- ☐ **Gold Heart & Diabetes Complete (HMO-POS C-SNP)** H1526-002 $7.30 por mes
- ☐ **Gold Dialysis & Kidney (HMO-POS C-SNP)** H1526-009 $0 por mes
- ☐ **Gold Dialysis & Kidney Complete (HMO-POS C-SNP)** H1526-004 $7.30 por mes

FLORIDA: Condados: Hillsborough, Manatee, Pasco, Pinellas, Sarasota

- ☐ **Gold Dialysis Premier (HMO-POS C-SNP)** H1526-010 $0 por mes

FLORIDA: Counties: Broward, Palm Beach

- ☐ **Gold Dialysis Premier (HMO-POS C-SNP)** H1526-011 $0 per month

GOLD KIDNEY HEALTH PLAN

Nombre:	Apellido:	Inicial del segundo nombre (opcional):

Fecha de nacimiento: (MM/DD/AAAA) (__ __/__ __/__ __ __ __)	Sexo: ☐ Masculino ☐ Femenino	Teléfono: (__ __ __) __ __ __ - __ __ __ __

Dirección de residencia permanente (no ingrese una P.O. Box. Nota: Para las personas sin hogar, una casilla postal (P.O. Box) puede considerarse su dirección de residencia permanente.):

Ciudad:	Condado (opcional):	Estado:	Código postal:

Dirección postal, si es diferente de su dirección permanente (se permite P.O. Box):
Dirección: Ciudad: Estado: Código postal:

Su información de Medicare

Número de Medicare: __ __ __ __ - __ __ __ - __ __ __ __

Responda estas preguntas importantes:

¿Tendrá otra cobertura de medicamentos recetados (como VA, TRICARE) además de Gold Kidney Health Plan? ☐ Sí ☐ No

Nombre de la otra cobertura:	Número de miembro para esta cobertura:	Número de grupo para esta cobertura:

Verificación de condición crónica

Medicare requiere que Gold Kidney Health Plan verifique su afección crónica como parte del proceso de inscripción. Debe tener una enfermedad que lo califique para inscribirse en un plan de salud Gold Kidney. Si no consulta con un médico hoy mismo por una de las condiciones medica que lo califican en las secciones de Heart y Diabetes o Dialysis y Kidney a continuación, es posible que no califique para nuestro plan. Es importante que nos proporcione la información de contacto de un médico o clínica que pueda verificar su condición. **Nota:** Si no podemos verificar su afección crónica, debemos cancelar su inscripción en el plan C-SNP al finalizar su segundo mes de inscripción.

Calificación para los planes Gold Kidney Heart & Diabetes: Debe responder "sí" a al menos una de las siguientes preguntas sobre afecciones crónicas para calificar para cualquier plan Gold Kidney Heart & Diabetes

¿Su médico u otro profesional de la salud certificado le ha diagnosticado alguna de las siguientes enfermedades?

Coágulos de sangre o enfermedad vascular en las piernas (CVD, en inglés)	☐ Sí ☐ No	Enfermedad de las arterias coronarias (CAD, en inglés)	☐ Sí ☐ No
Arritmia cardíaca	☐ Sí ☐ No	Diabetes (enfermedad del azúcar en la sangre)	☐ Sí ☐ No
Insuficiencia cardíaca congestiva (CHF, en inglés)	☐ Sí ☐ No	Ataque cardíaco previo	☐ Sí ☐ No
		Derrame cerebral previo	☐ Sí ☐ No

¿Le han recetado o está tomando algún medicamento para alguna de las enfermedades mencionadas anteriormente? ☐ Sí ☐ No

GOLD KIDNEY HEALTH PLAN

Indique los médicos, clínicas u otros proveedores de atención médica que puedan verificar sus respuestas afirmativas ("sí").		
Proveedor 1 (nombre del médico) *(obligatorio)*	Especialidad	Ciudad
Teléfono (__ __ __) __ __ __ - __ __ __ __	Fax (__ __ __) __ __ __ - __ __ __ __	
Proveedor 2 (nombre del médico)	Especialidad	Ciudad
Teléfono (__ __ __) __ __ __ - __ __ __ __	Fax (__ __ __) __ __ __ - __ __ __ __	

Divulgación de información

Al completar esta sección se autoriza la divulgación y el uso de información de identificación individual, como se establece a continuación, de conformidad con la Ley Federal relativa a la privacidad de dicha información.

☐ Por el presente, autorizo y solicito a Gold Kidney que confirme mis afecciones crónicas y obtenga mis registros médicos hasta que finalice mi inscripción en Gold Kidney Health Plan. ***(Se debe marcar la casilla para la verificación del plan de necesidades especiales para enfermedades crónicas (CSNP, en inglés))***

Nombre del solicitante (en letra de imprenta):	Fecha:
Firma del solicitante/representante autorizado:	Firma del médico:

Cómo calificar para los planes Gold Kidney Dialysis Premier y Dialysis & Kidney: Debe responder "sí" a al menos una de las preguntas a continuación para calificar para cualquier plan Gold Kidney dialysis premier o dialysis & kidney

¿Se ha realizado un análisis de sangre que indique que padece enfermedad renal crónica (CKD, en inglés) en cualquier etapa 1-5? ☐ Sí ☐ No

En caso afirmativo, seleccione la etapa de la CKD: ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ No estoy seguro

Si lo sabe, ¿cuál es su tasa de filtración glomerular estimada (eGFR, en inglés)? _____

¿Recibe actualmente tratamiento de diálisis programada con regularidad? (A domicilio o en un centro médico) ☐ Sí ☐ No

¿Tiene enfermedad renal en etapa terminal (ESRD, en inglés) / enfermedad del riñón en etapa terminal (ESKD, en inglés)? ☐ Sí ☐ No

¿Toma alguno de los siguientes tipos de medicamentos?

Presión arterial	☐ Sí ☐ No	Diabetes (enfermedad del azúcar en la sangre)	☐ Sí ☐ No
Anticoagulantes sanguíneos	☐ Sí ☐ No		
Dolor en el pecho	☐ Sí ☐ No	Enfermedad del corazón	☐ Sí ☐ No
		Otro	☐ Sí ☐ No

Indique los médicos, clínicas u otros proveedores de atención médica que puedan verificar sus respuestas afirmativas ("sí").		
Nombre del nefrólogo principal *(obligatorio)*	Teléfono (__ __ __) __ __ __ - __ __ __ __	Ciudad
Proveedor 1 (nombre del médico)	Especialidad	Ciudad
Teléfono (__ __ __) __ __ __ - __ __ __ __	Fax (__ __ __) __ __ __ - __ __ __ __	

GOLD KIDNEY HEALTH PLAN

Proveedor 2 (nombre del médico)	Especialidad	Ciudad
Teléfono (__ __ __) __ __ __ - __ __ __ __	Fax (__ __ __) __ __ __ - __ __ __ __	

Divulgación de información

Al completar esta sección se autoriza la divulgación y el uso de información de identificación individual, como se establece a continuación, de conformidad con la Ley Federal relativa a la privacidad de dicha información.

☐ Por el presente, autorizo y solicito a Gold Kidney que confirme mis afecciones crónicas y obtenga mis registros médicos hasta que finalice mi inscripción en Gold Kidney Health Plan. ***(Se debe marcar la casilla para la verificación del plan de necesidades especiales para enfermedades crónicas (CSNP, en inglés))***

Nombre del solicitante (en letra de imprenta):	Fecha:
Firma del solicitante/representante autorizado:	Firma del médico:

IMPORTANTE: Lea y firme a continuación:

- Debo mantener tanto la cobertura hospitalaria (Parte A) como la cobertura médica (Parte B) para permanecer en Gold Kidney Health Plan.
- Al unirme a este plan Medicare Advantage (MA), reconozco que Gold Kidney Health Plan compartirá mi información con Medicare, quien podría usarla para realizar un seguimiento de inscripción, realizar pagos y para otros fines permitidos por la ley federal que autoriza la recopilación de esta información (ver la Declaración de la Ley de Privacidad a continuación). Su respuesta a este formulario es voluntaria. Sin embargo, no responder puede afectar la inscripción en el plan.
- Entiendo que solo puedo estar inscrito en un plan MA a la vez, y que la inscripción en este plan finalizará automáticamente mi inscripción en otro plan MA (se aplican excepciones para los planes MA PFFS y MA MSA).
- Comprendo que cuando comience mi cobertura de Gold Kidney Health Plan, debo obtener todos mis beneficios médicos y de medicamentos recetados a través de Gold Kidney Health Plan. Los beneficios y servicios proporcionados por Gold Kidney Health Plan y que estén contenidos en mi documento "Evidencia de Cobertura" de Gold Kidney Health Plan (también conocida como contrato del miembro o acuerdo del suscriptor) tendrán cobertura. Ni Medicare ni Gold Kidney Health Plan pagarán beneficios o servicios que no estén cubiertos.
- La información de este formulario de inscripción es correcta a mi leal saber y entender. Entiendo que, si proporciono información falsa de manera intencional en este formulario, se cancelará mi inscripción en el plan.
- Entiendo que mi firma (o la firma de la persona legalmente autorizada para actuar en mi nombre) en esta solicitud implica que he leído el contenido de la solicitud y lo comprendo. Si la firma es la de un representante autorizado (según se describió anteriormente), dicha firma certifica que:
  1) Esta persona está autorizada por las leyes estatales para completar esta inscripción, y
  2) La documentación relacionada con esta autorización está disponible previa solicitud de Medicare.

Firma	**Fecha de hoy:**
Si usted es el representante autorizado, firme arriba y complete estos campos:	
Nombre:	Dirección:
Teléfono:	Relación con el inscrito:

GOLD KIDNEY HEALTH PLAN

Sección 2 – Todos los campos de esta sección son opcionales
Responder estas preguntas es su elección. No se le puede denegar la cobertura si no las completa.
Seleccione una de las siguientes opciones si desea que le enviemos información en un idioma que no sea inglés: ☐ Español
Seleccione una de las siguientes opciones si desea que le enviemos información en un formato accesible. ☐ Braille ☐ Letra grande ☐ CD de audio ☐ CD de datos Llame a Servicios para Miembros de Gold Kidney Health Plan al (844) 294-6535 si necesita información en un formato accesible que no se encuentre en la lista anterior. Nuestro horario de atención es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. desde el 1 de octubre hasta el 31 de marzo, los 7 días de la semana; y desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes. Los usuarios de TTY pueden llamar al 711.
¿Trabaja? ☐ Sí ☐ No ¿Trabaja su cónyuge? ☐ Sí ☐ No
Escriba el nombre de su médico de atención primaria (PCP, en inglés), clínica o centro de salud:
Deseo recibir los siguientes materiales por correo electrónico. Seleccione una o más opciones. ☐ Resumen de Beneficios ☐ Evidencia de Cobertura ☐ Notificación Anual de Cambios ☐ Documentos operativos requeridos ☐ Correspondencia general para miembros Dirección de correo electrónico: _____

GOLD KIDNEY HEALTH PLAN

Pago de las primas del plan

Puede pagar la prima mensual de su plan (incluida cualquier penalidad por inscripción tardía que tenga actualmente o pueda deber) por correo cada mes. **También puede optar por pagar su prima mediante la deducción automática de su cheque de beneficios de la Junta de Jubilación de Empleados Ferroviarios (RRB, en inglés) o del Seguro Social cada mes.**

Si tiene que pagar un Monto de Ajuste Mensual Relacionado con los Ingresos de la Parte D (Parte D-IRMAA, en inglés), debe pagar este monto adicional además de la prima de su plan. NO pague a Gold Kidney Health Plan la Parte D-IRMAA.

Seleccione una opción de pago para la prima

☐ **Factura mensual**

☐ **Deducción automática del cheque mensual del Seguro Social o de la Junta de Jubilación de Empleados Ferroviarios (RRB, en inglés).**

Es posible que la deducción del Seguro Social/RRB demore dos o más meses en comenzar una vez que el Seguro Social o la RRB apruebe la deducción. En la mayoría de los casos, si el Seguro Social o la RRB acepta su pedido de deducción automática, la primera deducción de su cheque de beneficios del Seguro Social o RRB incluirá todas las primas desde la fecha de vigencia de la inscripción hasta el momento en que comienzan las retenciones. Si el Seguro Social o la RRB no aprueba su pedido de deducción automática, le enviaremos una factura impresa para sus primas mensuales.

Solo para personas que ayudan al inscrito a completar este formulario

Complete esta sección si es una persona (es decir, agentes, corredores, asesores de SHIP, familiares u otros terceros) que ayuda a un inscrito a completar este formulario.

Nombre: _____ Relación con el inscrito: _____

Firma: _____ Número de productor nacional (solo agentes/ corredores): _____

GOLD KIDNEY HEALTH PLAN SECCIÓN ADMINISTRATIVA
(Solo para uso del agente autorizado)

N.º de identificación del plan	Fecha de entrada en vigencia de la cobertura:

Fecha de recepción del agente de ventas autorizado:

Firma del agente de ventas autorizado (obligatorio):

DECLARACIÓN DE LA LEY DE PRIVACIDAD

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS, en inglés) recopilan información de los planes Medicare para realizar un seguimiento de la inscripción del beneficiario en los Planes Medicare Advantage (MA), mejorar la atención y para el pago de los beneficios de Medicare. La Sección 1851 de la Ley de Seguro Social y las Secciones 422.50 y 422.60 del Título 42 del Código de Regulaciones Federales (CFR, en inglés) autorizan la recopilación de esta información. Los CMS pueden usar, divulgar e intercambiar datos de la inscripción de los beneficiarios de Medicare según lo especificado en el Aviso del Sistema de Registros (SORN, en inglés) "Medicare Advantage con Cobertura de Medicamentos Recetados (MARx, en inglés)", Sistema n.º 09-70-0588. Su respuesta a este formulario es voluntaria. Sin embargo, no responder puede afectar la inscripción en el plan.